



# GUIDELINES FOR PREVENTION AND CONTROL OF EBOLA AND MARBURG VIRUSES

OCTOBER-22

V 1.0





## INTRODUCTION

Ebola and Marburg are viruses that belong to the Filoviridae viral family. They both can cause haemorrhagic fever that is characterised by extensive bleeding, multi-organ failure and in most cases death. The case fatality rates for both viruses are high and can reach up to 65% in Ebola and 88% in Marburg disease.

### Incubation Period

**2 – 21 days**

## TRANSMISSION

A spill-over from animal to human is a rare event, but subsequent human-to-human transmission can sustain large outbreaks.

### Primary:

- Human are mostly infected by handling dead or living infected animals, direct and indirect contact with bats.
- Most cases are recorded in those who spent significant time in caves containing bats.

### Secondary:

- Direct contact with blood secretions, organs, or other bodily fluids of infected persons.
- Direct contact with surfaces and materials (e.g., bedding, clothing) contaminated with bodily fluids (such as blood, feces, vomit) from a person sick with Marburg virus or Ebola virus disease or the body of a person who died from the infection
- Healthcare workers who provide care to infected patients are at high risk of transmission.
- Transmission by sexual contact has been documented in Ebola and male survivors are recommended to practise safe sex for at least 12 months after clinical recovery according to WHO, unless their semen has tested negative on two separate occasions.
- There's no evidence that Ebola or Marburg viruses can be spread via insect bites.

## SIGNS & SYMPTOMS

General Phase (1-5 DAYS)	Early Organ Phase (6-13 DAYS)	Late Organ Phase (14-21 DAYS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fever subjective or recorded &gt; 38 °C.</li> <li>▪ Severe headache.</li> <li>▪ Sever malaise.</li> <li>▪ Muscle aches and pains.</li> <li>▪ Chills.</li> <li>▪ Severe watery diarrhoea.</li> <li>▪ Abdominal pain and cramping.</li> <li>▪ Nausea and vomiting.</li> <li>▪ Rash/ enanthem.</li> </ul> <p><i>Described as "ghost-like" drawn features, deep-set eyes, expressionless faces, and extreme lethargy.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fever sustained.</li> <li>▪ Bloody diarrhoea/ Melena.</li> <li>▪ Hematemesis.</li> <li>▪ <b>Petechiae</b></li> <li>▪ <b>Ecchymosis</b></li> <li>▪ Mucosal haemorrhage.</li> <li>▪ Visceral haemorrhage.</li> <li>▪ Conjunctival injection.</li> <li>▪ Edema.</li> <li>▪ Apathy/ depression.</li> </ul> <p><i>Described as the "bleeding phase".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fever sustained.</li> <li>▪ Obtundation.</li> <li>▪ Dementia.</li> <li>▪ Coma.</li> <li>▪ Convulsions.</li> <li>▪ Diffuse coagulopathy/ DIC.</li> <li>▪ Metabolic disturbance.</li> <li>▪ Shock.</li> <li>▪ Some report Orchitis.</li> <li>▪ Psychosis.</li> </ul> <p><i>Described as "CNS involvements".</i></p>





## CASE DEFINITION

Status	Description
<b>Suspected case</b>	<p><b>Illness in a person who has both consistent symptoms and risk factors as follows:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical criteria, which includes fever of greater than 38.6°C, and additional symptoms such as severe headache, muscle pain, vomiting, diarrhoea, abdominal pain, or unexplained haemorrhage (gingival, nasal, cutaneous [petechiae, bruises, ecchymosis], gastrointestinal, rectal [gross or occult blood], urinary [gross or microscopic haematuria], vaginal, or puncture sites bleeding).</li> </ul> <p><b>AND</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiologic risk factors within 21 days before the onset of symptoms, such as: contact with blood or other body fluids of a patient known to have or suspected to have EVD/Marburg; residence in or travel to an area where EVD/ Marburg transmission is active; or direct handling of dead or alive fruit bats, monkeys, chimpanzees, gorillas, forest antelope and porcupines from disease-endemic areas. Malaria diagnostics should also be a part of initial testing because it is a common cause of febrile illness in persons with a travel history to the affected countries.</li> </ul>
<b>Confirmed case</b>	A suspected case with laboratory-confirmed diagnostic evidence of Ebola/ Marburg virus infection.

## INFECTION CONTROL & PREVENTION

### Patient placement and isolation:

- Suspected/ confirmed cases should be under **contact** and **droplet** precautions. Airborne precaution should be taken in case of AGPs.
- Suspected and confirmed cases should be isolated in single room with designated toilet and hand washing facility.
- Most of the equipment for routine care should be stored inside the room.
- Complete restriction of entry to the room and only those who are designated to care for the patient are allowed inside.

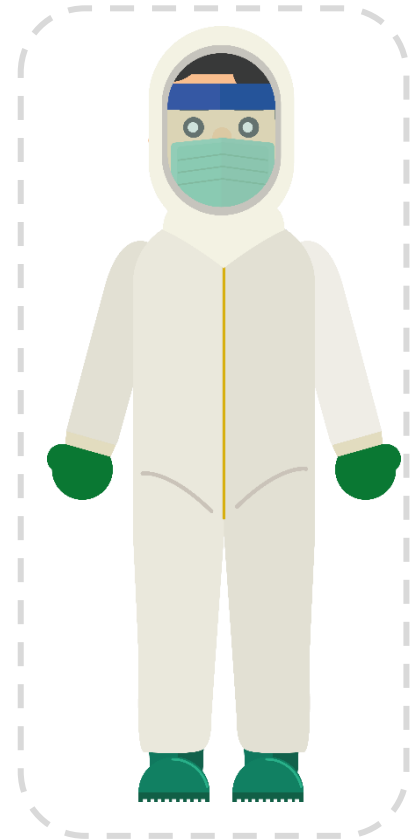




# INFECTION CONTROL & PREVENTION

## Personal Protective Equipment

- Due to the nature of transmission of Ebola and Marburg viruses, it's important to appropriately choose PPEs to protect the skin and mucous membrane.
- **Gowns/Coverall:**
  - Important to protect the skin and the clothing.
  - Gowns should be used in addition to head covers.
  - The material should be fluid resistant and impermeable.
  - A single use plastic apron can be used when patient is experiencing vomiting or diarrhoea.
- **Full face shield:**
  - To provide protection to the face and the eyes against splashes and body fluids.
- **Mask/respiratory protection:**
  - Medical masks should be used to protect against respiratory droplets.
  - In AGPs, the upgrade to higher respiratory protection is required (N95).
- **Gloves:**
  - Inner and outer gloves should be used, with the outer gloves being longer to cover the cuffs of gowns/coveralls.
- **Rubber boots:**
  - Rubber boots should be used if available.
  - If not, the shoes should be completely sealed and non-slippery.
- **Inspection and buddy system:**
  - It's advisable that donning and doffing is done in presence of another provider to help inspect/confirm proper donning and doffing, and to help in the process as well.
  - Inspection is important when donning and doffing to check the PPEs that they are free of defects such as holes.
- **Donning and Doffing: (APPENDIX 1, 2)**





## ENVIRONMENTAL AND WASTES MANAGEMENT

- Filoviruses can survive in liquid or dried material for many days. They are inactivated by gamma irradiation, heating for 60 minutes at 60°C or boiling for five minutes, and are sensitive to lipid solvents, sodium hypochlorite, and other disinfectants. Freezing or refrigeration does not inactivate filoviruses.
- Diligent environmental cleaning and disinfection and safe handling of potentially contaminated materials are paramount, as blood, sweat, emesis, feces and other body secretions represent potentially infectious materials.
- HCWs performing environmental cleaning and disinfection should wear recommended PPE (described above) and consider the use of additional barriers (shoe and leg coverings, etc.) if needed.
- Face protection (face shield or facemask with goggles) should be worn when performing tasks such as liquid waste disposal that can generate splashes.
- Environmental surfaces and equipment should be disinfected by using approved intermediate-level disinfectants.
- Follow standard procedures, per MOH policy and manufacturers' instructions, for cleaning and/or disinfection of:
  - i. Environmental surfaces and equipment by using approved intermediate-level disinfectants
  - ii. Textiles and laundry
  - iii. Food utensils and dishware
- Routine cleaning of the PPE doffing area should be performed at least once per day and after the doffing of grossly contaminated PPE.
- Ebola/Marburg-Associated Waste Management should be placed in double, leak-proof bags, and stored in rigid, leak-proof containers.
- Safe containment and packaging of waste should be performed as close as possible to the point of generation.
- Staff should avoid opening containers or manipulating the waste.
- Use (PPE) for handling waste until performing the on-site inactivation or transporting the waste away to the offsite inactivation area.
- The healthcare workers should immediately spray or wipe the outside surfaces of double-bagged waste with an approved MOH disinfectant before removing waste from the room.

## DURATION OF INFECTION CONTROL PRECAUTIONS

The duration of precautions should be determined on a case-by-case basis. Factors that should be considered include but are not limited to: presence of symptoms related to Ebola/Marburg HF, date symptoms resolved, other conditions that would require specific precautions (e.g., tuberculosis, *Clostridium difficile*), and available laboratory information.





## MANAGEMENT OF THE DECEASED

- Only personnel trained in handling body of a person who has died from Ebola/ Marburg
- When handling the body of a person who has died from Ebola/ Marburg
  - Do not wash or clean the body.
  - Do not perform an autopsy unless it is necessary.
  - Do not remove any inserted medical equipment from the body such as intravenous (IV) lines, endotracheal or other tubing, or implanted electronic medical devices.
  - HCWs dealing with the body should wear all PPEs (refer to Personal Protective equipment)
  - Body of a suspected or confirmed case of Ebola/Marburg must be placed in a double body bag.
  - Place the body in the first body bag.
  - wipe over the surface of the first body bag using a hospital-approved disinfectant and seal it.
  - Place the body in the second body bag.
  - wipe over the surface of the second body bag using a hospital-approved disinfectant and seal it.
  - Label with the indication of highly infectious material.
  - Immediately move the body to the mortuary or the cemetery.

### Specifications of Body Bags:

1. Impermeable, vinyl, minimum thickness 400 microns.
2. Should be able to hold 100-125 kilos (200-250 lbs).
3. At least 4 handles included in the body bag to allow safe hand carry.
4. Provide full containment of blood borne pathogens.

### Transport the Body Bag to the Cemetery:

- Wear gloves to transport the body bag to the ambulance that will serve.
- Transport the body bag should be by 2 or 4 persons (depending on the weight of the body).
- The body bag is placed (delicately) on the platform of the car that will serve, usually the head towards the front.
- body bag should be gently placed on the care that will serve.
- No family member should sit in the car cabin.
- The ambulance used for the funerals needs to be cleaned and disinfected.





### Placement of Body Bag into the Grave:

- Manually Carry the body bag to the grave, by the carriers wearing gloves (use the handles included in the body bag).
- Slowly lower the body bag into the grave with individuals wearing gloves who stepped into the graves
- At the end Place the body bag into the grave
- Place gloves in an infectious waste bag for dispose in correct way.
- Organize the incineration of the single-use (disposable) equipment at the hospital or in another designated place for burning this type of equipment
- The car used for the funerals needs to be cleaned and disinfected





## DIAGNOSIS

- For a patient that meets the clinical criteria and epidemiologic risk factors, Ebola/Marburg virus is detected in blood only after the onset of symptoms and It may take up to 3 days for the virus to be detectable in clinical samples.
- Therefore, if a test result is negative for samples collected less than 3 days of the onset of symptoms, a later specimen should be collected after 48 hours.
- Collect two samples with a minimum volume of 4 millilitres of whole blood in EDTA blood collection tubes.
- For paediatric, a minimum of 1 mL whole blood should be collected
- Use serum separator red top capped tube with gel for antibody testing. Three serum separator tubes are required to be collected for each case.
- Blood must be collected in plastic tubes. Please do not use glass tubes .
- Specimens should be labelled with two identifiers on both the tube and the laboratory requisition form, specimen type, date of collection, and test requested
- HCWs who withdraw samples should completely adhere to contact and droplet precaution and don proper PPEs when taking the samples.
- Conduct a site-specific risk assessment for transfer of specimens within the facility and develop a protocol for transfer of specimen from site of collection to site of testing.
- The specimen containers should be decontaminated with an approved disinfectant before transfer outside the collection site.
- Specimen and should be hand-carried (DO NOT use any pneumatic tube system) to the packing area for preparation for shipment to PHL.

## SHIPMENT AND PACKING

Samples should be packaged and shipped as an infectious substances Category A (UN 2814).

### Triple pack all specimens:

- Specimens for shipment should be packaged following the triple packaging system, which should have wrapped with absorbent material, in a watertight, leak-proof secondary container and an outer rigid shipping package .
- Each specimen in a Leakproof primary container (a sealable specimen container);
- Leakproof secondary container, and
- Rigid outer packaging

If specimen is a liquid, place absorbent material between the primary and secondary container. Place a list of contents and paperwork between the secondary container and outer packaging. (APPENDIX 3)

### Label outer packaging with:

- Infectious substance (diamond shaped label) and UN 2814 certification mark
- Shipper and consignee identification (name, address, and telephone)
- Package orientation arrows if primary container exceeds 50 mL or more

Samples can be shipped free of charge via SMSA courier to Public Health Laboratory (PHL) as per regulations. Notify the PHL of the dispatch of the specimen and courier or airway bill number as appropriate.

Shipment addressed to:

Public Health Laboratory, Public health Authority, Al Aarid, Riyadh. [phl@cdc.gov.sa](mailto:phl@cdc.gov.sa).







## REPORTING

### Reporting of suspected cases

**Ebola and Marburg** suspected cases must be reported by all healthcare facilities using the notification form *version 5.4*. **immediately** to:

- Health Electronic Surveillance Network (HESN).
- Email the notification form immediately to:
  - Communicable diseases program at Clusters and /or Regional Health Directorates.
  - Coordinators at the Regional Health Directorate report to the Communicable Disease Department at MOH.
  - Coordinate for field work investigation for case and contact tracing either among health care worker or public.

**Note:** Failure to report reportable infectious diseases by healthcare organizations and/or professionals is punishable by law.

**Note:** use notification form v.5.4. and other forms as A, B, C, D which are included in this guide.

## CONTACT TRACING

Contacts are identified as those who:

- Were in direct physical contact with the patient (dead or alive) such as providing care.
- Living in the same house as the patient during his symptoms.
- Had contact with the patient blood, bodily fluids, or clothing.
- Healthcare workers exposed to the patient or came in contact with his belongings without full PPEs should be listed as contacts, also laboratory staff that handled patient's sample without proper biosafety measures.

Contacts should be monitored for 21 days from the last exposure.

Contacts should be monitored on daily basis with visual inspection for signs and symptoms by in-person visits or virtually. (APPENDIX 5,6)





## References:

1. *Interim Guidance on Risk Assessment and Management of Persons with Potential Ebola Virus Exposure.* cdc. <https://www.cdc.gov/quarantine/interim-guidance-risk-assessment-ebola.html>
2. *Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients Under Investigation (PUIs) for Ebola Virus Disease (EVD) in U.S. Hospitals.* cdc. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/infection-control.html>
3. World Health Organization. (2015). *Manual for the care and management of patients in Ebola Care Units* (No. WHO/EVD/Manual/ECU/15.1). World Health Organization.
4. *WHO Case definition recommendations for Ebola or Marburg virus diseases.* Aug 9, 2014. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/146397/WHO\\_EVD\\_CaseDef\\_14.1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/146397/WHO_EVD_CaseDef_14.1_eng.pdf)
5. Reidy, P., Fletcher, T., Shieber, C., Shallcross, J., Towler, H., Ping, M., ... & Aarons, E. (2017). Personal protective equipment solution for UK military medical personnel working in an Ebola virus disease treatment unit in Sierra Leone. *Journal of Hospital Infection*, 96(1), 42-48
6. World Health Organization . WHO; Geneva: 2015. Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. [http://www.who.int/hrh/documents/21may2015\\_web\\_final.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf)
7. Tomas M.E., Kundrapu S., Thota P., Sunkesula V.C., Cadnum J.L., Mana T.S. Contamination of healthcare personnel during removal of personal protective equipment. *JAMA Intern Med.* 2015;175:1904–1910.
8. Lamb L.E., Cox A.T., Fletcher T., McCourt A.L. Formulating and improving care while mitigating risk in a military Ebola virus disease treatment unit. *J R Army Med Corps.* 2017;163:2–6.
9. [https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/filovirus\\_infection\\_control/en/](https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/filovirus_infection_control/en/)
10. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/handling-human-remains.html>
11. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-Guidance-Burials-14.2>





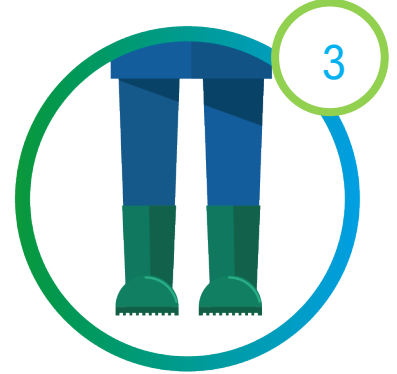
## DONNING SEQUENCE (APPENDIX 1)



1  
Remove personal belongings such as watches, jewellery, and rings.



2  
Medical scrubs should be worn under coverall or gown



3  
Rubber boots should be donned. Avoid regular foot wears.



4  
Don coverall and zip it all the way up, and ensure the hood is on the outside. A plastic apron can be used as well



5  
Impermeable, fluid resistance gown can be used instead of coverall



6  
Put on medical mask followed by face shield or eye protection.



7  
Pull the coverall hood to cover the head. A surgical cap can be worn as well.



8  
Put on first pair of gloves and use it's under the cuff of the coverall/gown



9  
Put on outer pair of long gloves that covers the cuff of coverall



## DOFFING SEQUENCE (APPENDIX 2)



Inspect PPEs and disinfect outer gloves with registered EPA-disinfectant



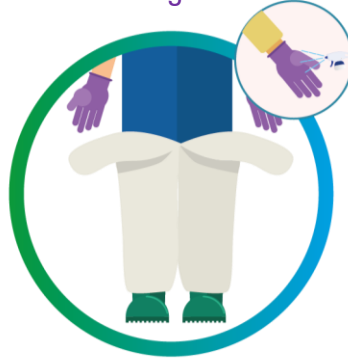
Remove the **outer gloves** and ensure not to contaminate the surface of inner gloves. **Disinfect inner gloves.**



Lower the hood with back rolling motion and ensure not to touch the face. **Disinfect inner gloves.**



Tilt the head back a little to reach the zipper and fully unzip the suit. **Disinfect inner gloves**



Roll down the coverall while turning inside out. With touching only, the inside of coverall, avoid contact with skin or scrub. Dispose of gown or coverall in designated leak-proof bag. **Disinfect inner gloves**



While leaning forward, gently remove the face shield by gripping sides and pulling away to discard. **Disinfect inner**



Remove the mask by grasping the outer surface with one hand and the other to pull the straps away. **Disinfect inner gloves**



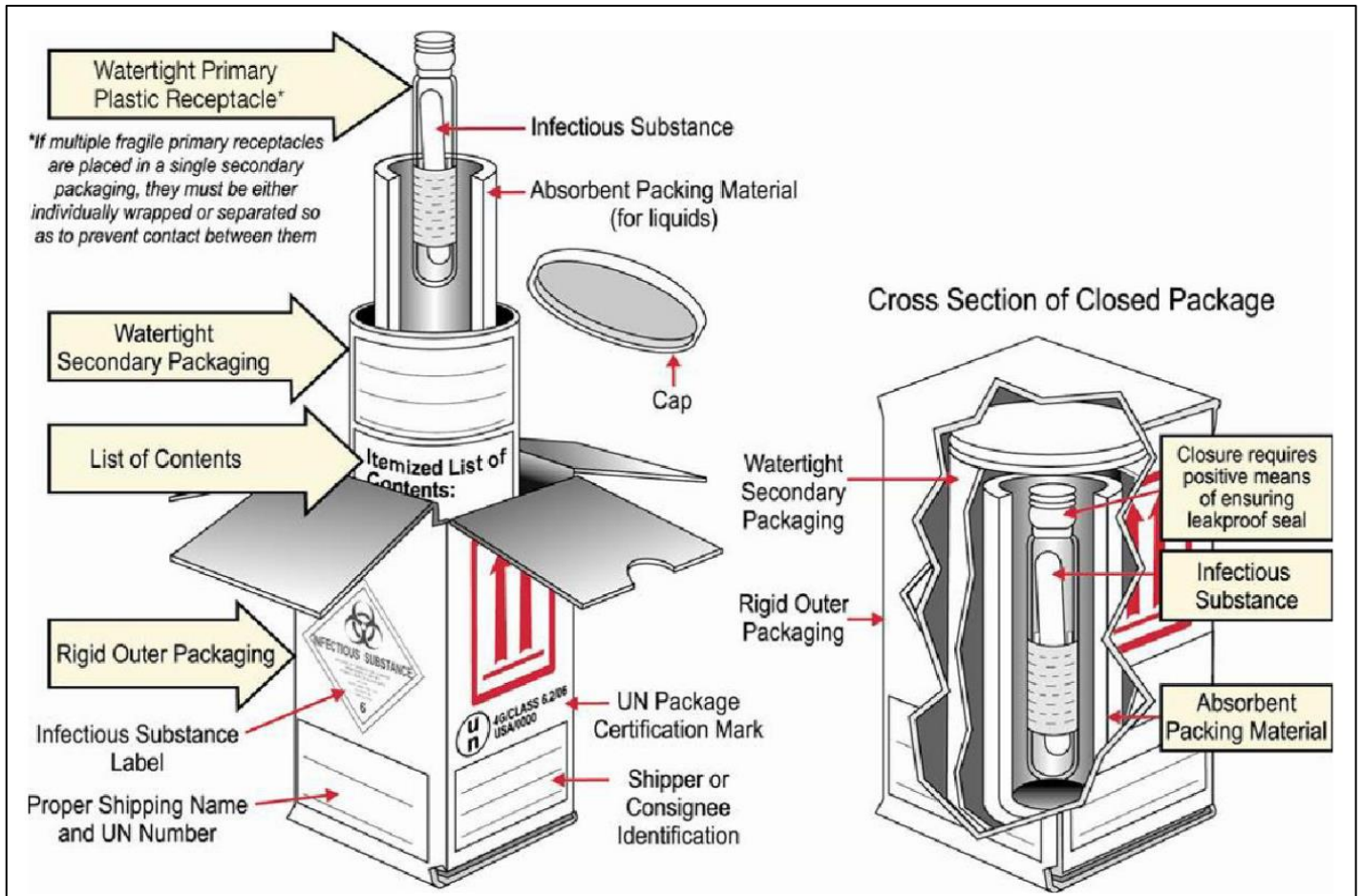
Remove and discard gloves, taking care not to contaminate bare hands during the removal process.



Perform hand hygiene.



## TRIPLE PACKAGING (APPENDIX 3)



NOTIFICATION FORM FOR VIRAL HAEMORRHAGIC FEVERS

استمارة بلاغ عن حالة اشتباه حمى نزيفية

البيانات الشخصية - Demographics	
Name:	الاسم
Medical Record No.:	رقم الملف
Nationality:	الجنسية
Sex: M / F (Pregnancy): Y \ N	الجنس
Civil card number/Iqama number:	السجل المدني أو رقم الإقامة
Address: district:	العنوان: الحي:
Street:	الشارع:
A milestone near the home:	معلم بارز قرب السكن:
Home Office/ Tel:	هاتف: منزل / عمل:
Mobile:	جوال:
Relevant phone number:	رقم جوال أحد الأقارب:
Occupation address	عنوان العمل:
Date of onset of patient's presenting illness:	تاريخ بداية ظهور الأعراض:
Date of presentation to the hospital:	تاريخ مراجعة المستشفى:
Is the patient hospitalized Yes No	هل تم تنويم المريض:
Date of admission:	تاريخ الدخول:
Date of patient discharge	تاريخ الخروج:
Vital signs at presentation	العلامات الحيوية
T: P: BP: R:	الحرارة: النبض: الضغط: التنفس

	Manifestation	Y N U			Comments	
		Y	N	U		
	Fever (> 38.0 OC)				Highest temp:	
	Skin rash				Describe the rash:	
	Respiratory distress				Y N U	
General Manifest.	Chills				GIT Manifest.	
	Malaise					
	Headache					
	Retro-ocular pain					
	Myalgia					
	Arthralgia					
	Backache					
Bleeding Manifestations	Epistaxis				Leakey Bl. V.	
	Gingival bleeding					
	Bleeding from puncture sites					
	Petechiae				CNS manifestations	
	Ecchymosis					
	Purpura					
	Hematemesis					
	Melena					
	Fresh blood per rectum					
	Menorrhagia					
	Positive tourniquet test					
	Other bleeding sites					
	Visual loss					
	Abortion:					Other warning signs symptoms
					Shock	
					Persistent vomiting	
					Severe abdominal pain	
					Severe lethargy	
					Enlarged liver >2cm	

NOTIFICATION FORM FOR VIRAL HAEMORRHAGIC FEVERS

استمارة بلاغ عن حالة اشتباه حمى نزيفيه

3- Laboratory investigations (the most abnormal value)

Lab test	Result	Lab test	Result	Lab test	Result	Lab test	Result
WBC		Total protein		AsT		LDH	
Hemoglobin		Albumin		AIT		CPK	
Hematocrit		PT (INR)		AIP		Creatinine	
Platelets		PTT		T. bilirubin		Other	

4- Specific Laboratory Test:

4 - فحوصات مخبريه نوعيه

Disease	Sample serial no. (1st, 2nd, 3rd)	Sample no: رقم العينة	Date تاريخ سحب العينة	Results (Positive, Negative, or Not done)						
				RDT	Igm	IgG	Antigen	Culture	PCR	Date of result
DENGUE F										
Rift Valley F										
AlKhurma F										
CCHF										
Others										

5- Contact with suspected or confirmed case

5- مخالطة حالة مشتبهة أو مؤكدة

Contact with a patient has the similar symptoms or disease هل تمت مخالطة مريض لديه نفس الأعراض

Yes  No

6- Final Patient Status

6- الحالة النهائية للمريض

ICU admission	Date of ICU Admission	Date of ICU discharge
Recovered	Transferred to other hospital	Died

Name of person filling out this form: ----- Job Title -----

Workplace: ----- Phone number-----

Name of attending physician ----- Phone number: -----

Date of filling out the form: / /



## استمارة الزيارة الميدانية (A)

التقصي الوبائي للحالة المشتبهة بحمى نزفية



### منزل/موقع الحالة

الأسبوع الوبائي للزيارة:.....Epi	تاريخ الزيارة:	يوم الزيارة:	الموعد:
اسم مشرف الفرقة:	اسم مدخل البيانات:		
حدد مصدر التقصي:	<input type="checkbox"/> حالة تم التبليغ عنها	<input type="checkbox"/> حالة مخالطة من حالة مصابة	

### بيانات الشخصية الحالة:

رمز التقصي:	تاريخ البلاغ:	الاسم:
الجنس:	الجنسية:	اللغة:
المهنة:	رقم التواصل:	
عنوان الحالة:	الإحداثيات:	العنوان الوطني:

! في حال الاشتباه بأحد أنواع الحميات النزفية الأخرى غير حمى الضنك مثل: المار بيرغ، حمى القرم، حمى الوادي المتصدع، حمى الإيبولا وغيرها، يجب إتمام الأسئلة الآتية:

- كيف تم اكتشاف الحالة المشبهة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الطوارئ/ المستشفى/ العيادات الخارجية/ المنشآت الصحية الأخرى
  - المطار
  - الميناء
  - نظام المراقبة الوبائية الفعالة عبر الصحة العامة
  - قادم من دولة موبوءة، حدد اسم الدولة \_\_\_\_\_
  - المخالطة مع مشتبهة/ مؤكدة كحالة إيبولا او مار بيرغ وغيرها، حدد اسم الحمى النزفية \_\_\_\_\_
- من يقوم بتزويد هذه المعلومات؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - المريض (الحالة المشتبهة). (ملاحظة: يتم تعبئة اسم ورقم تواصل المريض في بند البيانات الشخصية)
  - أخرى، حدد اسم مزود المعلومات \_\_\_\_\_، صلة قرابته مع المريض \_\_\_\_\_، رقم التواصل \_\_\_\_\_
  - حدد سبب عدم قدرة الحالة بتزويد المعلومات:
    - الحالة معزولة بغرفة عزل
    - الحالة مريضة جدا على القيام بقاء مع فريق التقصي الوبائي
    - الحالة بالعتاية المركزة
    - الحالة متوفية
    - أخرى، حدد السبب \_\_\_\_\_
- في هذه اللحظة التي يتم فيها تعبئة الاستمارة، هل الحالة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الحالة تأكدت مخبرياً
  - الحالة حالة متحتملة
  - الحالة قيد الاستقصاء والفحص
  - ليست حالة
  - ملاحظات: \_\_\_\_\_



## المراقبة الوبائية للحالة:

<p>حالة التقصي:</p> <p><input type="checkbox"/> تم التقصي</p> <p><input type="checkbox"/> لم يتم التقصي</p>		<p>سبب عدم التقصي في حال لم يتم:</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد أحد</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد محرم</p> <p><input type="checkbox"/> لا يرغب</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد موظف تقصي</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد أداة</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى حدد: .....</p>	
<p>سجل التطعيمات:</p> <p><input type="checkbox"/> سبق تم التطعيم من الحمى الصفراء</p> <p><input type="checkbox"/> سبق تم التطعيم من متلازمة أمراض القراد</p> <p><input type="checkbox"/> تطعيمات أخرى أذكر .....</p>		<p>التاريخ المرضي للحالة:</p> <p>هل سبق للحالة ان أصيب بـ: -</p> <p><input type="checkbox"/> حمى الضنك</p> <p><input type="checkbox"/> الحمى الصفراء</p> <p><input type="checkbox"/> حمى الوادي المتصدع</p> <p><input type="checkbox"/> حمى الخمرة</p> <p><input type="checkbox"/> غيرها أذكر .....</p>	
<p>سجل السفر:</p> <p>خلال 14 - 21 يوم، هل سافرت الحالة:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p>الوجهة: _____</p> <p>وسيلة السفر: _____</p> <p>طائرة <input type="checkbox"/></p> <p>حافلة <input type="checkbox"/></p> <p>الدول/ المدن التي تم المرور بها:</p> <p>الدولة: _____ المدينة: _____</p> <p>الدولة: _____ المدينة: _____</p> <p>هل كان يتواجد فيها عدد كبير من المسافرين؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p>هل تم مخالطة حالة قد سبق لها السفر خارج المملكة العربية السعودية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك، اذكر اسم الحالة: _____</p> <p>دولة السفر: _____</p> <p>السفر: _____ مدينة: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____</p>		<p>هل تعرض الحالة لأي من:</p> <p>التعرض المباشر*  <input type="checkbox"/> لدغ القراد  <input type="checkbox"/> ذبح للحيوانات او الطيور المصابة، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> عضه حيوان، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> دفن الحيوانات المصابة، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> حلب الحيوانات المصابة، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> التعامل مع اللحوم الطازجة بشكل مباشر، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> شرب لبن غير مبستر، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> ملامسة سوائل جسم الحيوان المصاب مثل الدم، اللعاب، البول، البراز، القيء، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> ملامسة جسدية مباشرة مع حيوان مصاب، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> حالة مشتبهه أو حالة مريضة، في حال نعم حدد نوع الاشتباه إن أمكن مع تحديد نوع التعرض المباشر:  <input type="checkbox"/> ملامسة سوائل الجسم مثل الدم، اللعاب، البول، البراز، القيء  <input type="checkbox"/> ملامسة جسدية مباشرة مع حالة متوقفة أو حيه  <input type="checkbox"/> أخرى، حدد _____</p> <p>* ملاحظة: حين الاختيار يرجى تحديد تاريخ التعرض لأي خيار!! / /</p>	
<p>في حال التعرض المباشر، هل يوجد جروح قطعية في الأطراف حين التعرض؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>		<p>التعرض غير مباشر*  <input type="checkbox"/> وجود حيوانات داخل المنزل حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> وجود حيوانات حول المنزل حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> المبيت في الكهوف أو المناجم أو مساكن الحيوانات، حدد نوع الحيوان _____  <input type="checkbox"/> وجود القراد  <input type="checkbox"/> حالة مشتبهه أو حالة مريضة، في حال نعم حدد نوع الاشتباه إن أمكن مع تحديد نوع التعرض غير مباشر:  <input type="checkbox"/> ملامسة أو مشاركة ملابسة، ملابسة، أواني، أدوات أكل الحالة التي تم مخالطتها  <input type="checkbox"/> مبيت، أكل، قضاء وقت بنفس المنزل أو الغرفة للحالة التي تم مخالطتها  <input type="checkbox"/> حضور جنازة أو مخالطة حالة متوقفة، في حال نعم امل تزويدنا باسم المتوفي _____  <input type="checkbox"/> موقعه _____ التاريخ _____ علاقته _____ وهل تم التطوع بحمل الجنازة؟  <input type="checkbox"/> نعم  <input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل الحالة قامت بزيارة معالج شعبي أو شيخ؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك، اذكر اسم المعالج/ الشيخ _____ الموقع _____ التاريخ _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>		<p>هل الحالة حضرت حدث عام والذي يتواجد فيه عدد كبير من الحضور مثل مهرجان، حفلة، زواج، حج، عمرة وغيرها؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك، اذكر اسم الحدث _____ الموقع _____ التاريخ _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل الحالة قامت بزيارة لمنتشة صحية للعمل أو العلاج أو زيارة مريض؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك، اذكر اسم المنتشة _____ الموقع _____ التاريخ _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا أعلم</p>			

## استمارة الزيارة الميدانية (A)

التقصي الوبائي للحالة المشتبهة بحمى نزفية



# وقاية

هيئة الصحة العامة  
PUBLIC HEALTH AUTHORITY

### المراقبة الوبائية للحالة:

في حال الحالة حاج أو معتمر أمل إتمام الأسئلة الآتية:

الحالة قدمت مكة عبر:

- طائرة، اذكر اسم الخطوط الجوية \_\_\_\_\_ رقم الرحلة \_\_\_\_\_ دولة/ مدينة القوم \_\_\_\_\_ تاريخ الإقلاع \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول \_\_\_\_\_ اذكر دول/ مدن الانتظار \_\_\_\_\_
- سفينة أو باخرة، اذكر اسم الشركة \_\_\_\_\_ رقم الرحلة \_\_\_\_\_ دولة/ مدينة القوم \_\_\_\_\_ تاريخ الإبحار \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول \_\_\_\_\_ اذكر دول/ مدن الانتظار \_\_\_\_\_
- حافلة، اذكر اسم الشركة \_\_\_\_\_ رقم الرحلة \_\_\_\_\_ دولة/ مدينة القوم \_\_\_\_\_ تاريخ بدء الرحلة \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول \_\_\_\_\_ اذكر دول/ مدن التوقف \_\_\_\_\_ المدة الزمنية في التوقف \_\_\_\_\_
- قطار، اذكر اسم الشركة \_\_\_\_\_ رقم الرحلة \_\_\_\_\_ دولة/ مدينة القوم \_\_\_\_\_ تاريخ الإقلاع \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول \_\_\_\_\_ اذكر دول/ مدن الانتظار \_\_\_\_\_
- سيارة، اذكر اسم الشركة/ السائق \_\_\_\_\_ دولة/ مدينة القوم \_\_\_\_\_ تاريخ بدء الرحلة \_\_\_\_\_ تاريخ الوصول \_\_\_\_\_ اذكر دول/ مدن الانتظار \_\_\_\_\_ المدة الزمنية في التوقف \_\_\_\_\_

معلومات الإقامة بعد الوصول:

موقع الإقامة كفندق أو شقة مفروشة أو حملة \_\_\_\_\_ اسم مقر الإقامة \_\_\_\_\_ تاريخ تسجيل الوصول / / تاريخ تسجيل الخروج / /

! ملاحظة: أمل وصف أوقات التحركات بالدقة \_\_\_\_\_

<p><input type="checkbox"/> لا حدد نوع المهنة أثناء التعرض للمرض أو العدوى؟ طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخصائي مختبر <input type="checkbox"/> أخرى، <input type="checkbox"/> حدد _____</p>	<p>خلال 14 إلى 21 يوم، هل أجرى الحالة عملية نقل:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك حدد نوع النقل: دم، التاريخ / / أعضاء، التاريخ / /</p>	<p>وقت التعرض للعدوى (بالأيام): _____</p>	<p>هل تعرض الحالة للعدوى البعوض:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مكان الإصابة بالعدوى: داخل المنزل <input type="checkbox"/> خارج المنزل <input type="checkbox"/></p>
	<p>هل الحالة أنتقل إليها المرض أو العدوى خلال ممارسة العمل؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في حال ذلك حدد نوع المهنة: العمل في المختبر الطبي أثناء التعامل مع أحد فيروسات الحميات النزفية العمل في المختبر البيطري أثناء التعامل مع أحد فيروسات الحميات النزفية لأجساد الحيوانات المصابة، حدد نوع الحيوان _____ <input type="checkbox"/> أحد أفراد الفريق الطبي أثناء تعامله مع حالة مصابة بأحد الحميات النزفية، مع تحديد نوع التشخيص الطبي _____</p>	<p>هل الحالة قد تبرعت بالأعضاء أو دم أو أنسجة أثناء فترة العدوى؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، حدد نوع التبرع: دم <input type="checkbox"/> أعضاء <input type="checkbox"/> أنسجة <input type="checkbox"/> أخرى، حدد _____</p>	<p>تاريخ التبرع: / /</p> <p>اسم المنشأة الصحية: _____</p>

### المراقبة الوبائية للمخالطين للحصر:

<p>العمر: الجنسية:</p>	<p>رقم الجوال: الجنس:</p>	<p>الاسم:</p>
<p>التشخيص بالحميات النزفية:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>طبيعة المخالطة:</p> <p><input type="checkbox"/> مباشرة <input type="checkbox"/> غير مباشرة</p>	<p>الاسم:</p>
<p>العمر: الجنسية:</p>	<p>رقم الجوال: الجنس:</p>	<p>الاسم:</p>
<p>التشخيص بالحميات النزفية:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>طبيعة المخالطة:</p> <p><input type="checkbox"/> مباشرة <input type="checkbox"/> غير مباشرة</p>	<p>الاسم:</p>
<p>رقم الجوال:</p>	<p>الاسم:</p>	<p>الاسم:</p>

! في حال الاشتباه بأحد أنواع الحميات النزفية الأخرى غير حمى الضنك مثل: المار بيرغ، حمى القرم، حمى الوادي المتصدع، حمى الإيبولا وغيرها، استخدم نموذج (B) و (C) استمارات تقصي حالة للمخالط و نموذج (D) استمارة المتابعة اليومية للمخالطين خلال فترة العدوى بعد حصرهم.

## المراقبة البيئية (خواص بؤرة التوالد):

موقع بؤرة التوالد:			
<input type="checkbox"/> متحف	<input type="checkbox"/> بركة ماء عذبه	<input type="checkbox"/> مركز تجاري	<input type="checkbox"/> نفاط تفتيش
<input type="checkbox"/> حديقة	<input type="checkbox"/> بركة ماء ملوثة	<input type="checkbox"/> محطة معالجة مياه	<input type="checkbox"/> مستشفى
<input type="checkbox"/> مبني تحت الإنشاء	<input type="checkbox"/> مجري سيل	<input type="checkbox"/> محل تجاري	<input type="checkbox"/> قاعة افراح
<input type="checkbox"/> مرمي بلدية	<input type="checkbox"/> مستنقع	<input type="checkbox"/> أحواش	<input type="checkbox"/> ورشة
<input type="checkbox"/> طريق	<input type="checkbox"/> بحيرة	<input type="checkbox"/> استراحات	<input type="checkbox"/> مصنع
<input type="checkbox"/> مخطط	<input type="checkbox"/> حمام سباحة	<input type="checkbox"/> مجري سيل	<input type="checkbox"/> محطة كهرباء
<input type="checkbox"/> منطقة صحراوية	<input type="checkbox"/> ارض خضراء	<input type="checkbox"/> مستنقع	<input type="checkbox"/> معرض سيارات
<input type="checkbox"/> أخرى، (حدد) .....	<input type="checkbox"/> ملعب كرة قدم	<input type="checkbox"/> بحيرة	<input type="checkbox"/> مستودع
	<input type="checkbox"/> قرية سياحية	<input type="checkbox"/> حظائر حيوان	<input type="checkbox"/> بنشر
	<input type="checkbox"/> مشتل	<input type="checkbox"/> حلقة اغنام	<input type="checkbox"/> تشليح سيارات
	<input type="checkbox"/> مزرعة	<input type="checkbox"/> بنقلة سمك	<input type="checkbox"/> مصنع بلك
			<input type="checkbox"/> غرفة نوم
			<input type="checkbox"/> غرفة معيشة
			<input type="checkbox"/> مطبخ
			<input type="checkbox"/> دورة مياه
			<input type="checkbox"/> مخزن
			<input type="checkbox"/> بديوم
			<input type="checkbox"/> سطح
			<input type="checkbox"/> مدخل منزل
			<input type="checkbox"/> مواقف سيارات
			<input type="checkbox"/> خزان صرف صحي
			<input type="checkbox"/> خزان مكشوف
وصف البؤرة:			
<input type="checkbox"/> حاويات مياه مهملة أخرى حدد.....	<input type="checkbox"/> مياه سطحية <input type="checkbox"/> خزان علوي مكشوف <input type="checkbox"/> مياه للري أحواض زروع خارجية	<input type="checkbox"/> أحواض للزينة/أسماك <input type="checkbox"/> حاويات النفايات الإطارات حوض اسمنتي	<input type="checkbox"/> صاج البرادات <input type="checkbox"/> حمامات غير مستخدمة <input type="checkbox"/> مسابح مهملة <input type="checkbox"/> مزهريات
			<input type="checkbox"/> تسريبات
			<input type="checkbox"/> مياه راكدة في البرادات
			<input type="checkbox"/> خزانات مكشوفة
			<input type="checkbox"/> صاج المكيف
نوع البؤرة:		حجم حاويات المياه المهملة	
<input type="checkbox"/> سلبي	<input type="checkbox"/> ايجابي	<input type="checkbox"/> صغير > 1 لتر	<input type="checkbox"/> متوسط < 1 و > 20 لتر
			<input type="checkbox"/> كبير < 20 لتر

## المراقبة البيئية (البعوض البالغ):

وصف موقع البعوض البالغ			
<input type="checkbox"/> متحف	<input type="checkbox"/> بركة ماء عذبه	<input type="checkbox"/> مركز تجاري	<input type="checkbox"/> نفاط تفتيش
<input type="checkbox"/> حديقة	<input type="checkbox"/> بركة ماء ملوثة	<input type="checkbox"/> محطة معالجة مياه	<input type="checkbox"/> مستشفى
<input type="checkbox"/> مبني تحت الإنشاء	<input type="checkbox"/> مجري سيل	<input type="checkbox"/> محل تجاري	<input type="checkbox"/> قاعة افراح
<input type="checkbox"/> مرمي بلدية	<input type="checkbox"/> مستنقع	<input type="checkbox"/> أحواش	<input type="checkbox"/> ورشة
<input type="checkbox"/> طريق	<input type="checkbox"/> بحيرة	<input type="checkbox"/> استراحات	<input type="checkbox"/> مصنع
<input type="checkbox"/> مخطط	<input type="checkbox"/> حمام سباحة	<input type="checkbox"/> مجري سيل	<input type="checkbox"/> محطة كهرباء
<input type="checkbox"/> منطقة صحراوية	<input type="checkbox"/> ارض خضراء	<input type="checkbox"/> مستنقع	<input type="checkbox"/> معرض سيارات
<input type="checkbox"/> أخرى حدد.....	<input type="checkbox"/> ملعب كرة قدم	<input type="checkbox"/> بحيرة	<input type="checkbox"/> مستودع
	<input type="checkbox"/> قرية سياحية	<input type="checkbox"/> حظائر حيوان	<input type="checkbox"/> بنشر
	<input type="checkbox"/> مشتل	<input type="checkbox"/> حلقة اغنام	<input type="checkbox"/> تشليح سيارات
	<input type="checkbox"/> مزرعة	<input type="checkbox"/> بنقلة سمك	<input type="checkbox"/> مصنع بلك
			<input type="checkbox"/> غرفة نوم
			<input type="checkbox"/> غرفة معيشة
			<input type="checkbox"/> مطبخ
			<input type="checkbox"/> دورة مياه
			<input type="checkbox"/> مخزن
			<input type="checkbox"/> بديوم
			<input type="checkbox"/> سطح
			<input type="checkbox"/> مدخل منزل
			<input type="checkbox"/> مواقف سيارات
			<input type="checkbox"/> خزان صرف صحي
			<input type="checkbox"/> خزان مكشوف

## استمارة الزيارة الميدانية (A)

التقصي الوبائي للحالة المشتبهة بحمى نزفية



### المراقبة البيئية (عوامل الخطورة المتعلقة بالسلوك):

عدد الأفراد بالمنزل:	نوع المسكن: <input type="checkbox"/> شعبي <input type="checkbox"/> شقة <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/> أخرى حدد.....	<input type="checkbox"/> مكان تجمع لممارسة نشاط معين حدد.....	في حال توقع الإصابة بالذغ خارج المنزل (حدد) <input type="checkbox"/> في العمل..... <input type="checkbox"/> مكان ترفيه اسم المكان.....
تجمع مياه راكدة خارجية: <input type="checkbox"/> مياه سطحية <input type="checkbox"/> مياه للري <input type="checkbox"/> أحواض زرع خارجية <input type="checkbox"/> حاويات النفايات <input type="checkbox"/> الإطارات <input type="checkbox"/> حوض اسمنتي <input type="checkbox"/> أخرى، حدد.....		تجمع مياه راكدة داخلية: <input type="checkbox"/> حمامات غير مستخدمة <input type="checkbox"/> مسابح مهملة <input type="checkbox"/> مزهريات <input type="checkbox"/> أحواض للزينة/أسماك <input type="checkbox"/> حاويات النفايات <input type="checkbox"/> أخرى، حدد.....	تجمع مياه راكدة داخلية: <input type="checkbox"/> التسريبات <input type="checkbox"/> البرادات <input type="checkbox"/> خزانات مكشوفة <input type="checkbox"/> صاج المكيف <input type="checkbox"/> صاج البرادات <input type="checkbox"/> خزان علوي
200 متر حول منزل الحالة: هل يوجد مشاتل زراعية؟ نعم لا هل يوجد مباني مهجورة؟ نعم لا هل يوجد مباني قيد الإنشاء؟ نعم لا		حالة المبنى: <input type="checkbox"/> منشأ بصيانة غير جيدة <input type="checkbox"/> قيد الإنشاء	هل يوجد مصانع (200 حول منزل المريض): نعم لا
نوع المصنع: <input type="checkbox"/> مصنع مياه <input type="checkbox"/> مصنع مطاط <input type="checkbox"/> مصنع طوب <input type="checkbox"/> مصنع بلاستيك <input type="checkbox"/> أخرى، (حدد).....			

### بيانات تعزيز الصحة للحالة:

عدد الأفراد الذين تم تقديم التثقيف الصحي لهم بمنزل الحالة: برأيك، ماهي عوامل الخطورة التي تؤدي الى تكاثر البعوض:	من المسؤول عن نظافة المنزل:
<input type="checkbox"/> ترك الخزانات مفتوحة <input type="checkbox"/> وضع براميل لتجميع مياه المكيفات <input type="checkbox"/> عدم تغيير مياه المزهريات وأحواض الزينة <input type="checkbox"/> تخزين المياه في أوعية <input type="checkbox"/> عدم وجود شبك في النوافذ في حال فتحها للتهوية <input type="checkbox"/> عدم شطف المياه الجوفية <input type="checkbox"/> تجميع اطارات السيارات <input type="checkbox"/> عدم تجديد مياه سقي الحيوانات <input type="checkbox"/> ترك المياه في الأحواض <input type="checkbox"/> عدم فترة المسابح <input type="checkbox"/> عدم تغطية خزانات المياه <input type="checkbox"/> أخرى حدد..... <input type="checkbox"/> لا يعلم	<input type="checkbox"/> كريم طارد للبعوض <input type="checkbox"/> بخاخ طارد للبعوض <input type="checkbox"/> استخدام الناموسية <input type="checkbox"/> طارد بعوض كهربائي <input type="checkbox"/> المضرب الكهربائي للحشرات <input type="checkbox"/> لصقات طاردة للبعوض <input type="checkbox"/> مبيد حشري <input type="checkbox"/> لا أستخدام <input type="checkbox"/> أخرى حدد.....
ماهي المنتجات الطاردة للبعوض التي تستخدمها؟ برأيك، ماهي الأمراض التي تنتقل عن طريق لدغ البعوض:	<input type="checkbox"/> الملاريا <input type="checkbox"/> الضنك <input type="checkbox"/> الخمرة <input type="checkbox"/> أخرى حدد.....
ما هو الإجراء المتخذ عند ظهور الأعراض: التوجه لأقرب مركز صحي حالة التثقيف الصحي: <input type="checkbox"/> تمت <input type="checkbox"/> لم تتم	<input type="checkbox"/> تناول المسكنات <input type="checkbox"/> الاتصال بالرقم 937 <input type="checkbox"/> أخرى.....

1/ في حال الاشتباه بأحد أنواع الحميات النزفية الأخرى غير حمى الضنك مثل: الماربرغ، حمى القرم، حمى الوادي المتصلع، حمى الإيبولا وغيرها، يوجد نموذج (E) استمارة لقياس تعزيز الصحة للحميات النزفية الأخرى.

## بيانات المستقصي

اسم المحاور القائم بالمقابلة:	تاريخ المقابلة:	يوم المقابلة:	المدينة:
مسمى الوظيفة:	الإدارة:		
الايمل:	رقم التواصل:		

## بيانات الشخصية للمخالط:

اسم المخالط:	رقم التواصل:	العمر:	تاريخ الميلاد: / /
الجنس:	الجنسية:	المهنة:	مقر العمل:
العنوان الحالي (الدولة):	المدينة/ الحي:	إذا أنتى، هل هي حامل؟	نعم لا
اللغة:	الإحداثيات:	العنوان السابق ان وجد (الدولة):	

- كيف تم اكتشاف الحالة المشبهة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الطوارئ/ المستشفى/ العيادات الخارجية/ المنشآت الصحية الأخرى
  - المطار
  - الميناء
  - نظام المراقبة الوبائية الفعالة عبر الصحة العامة
  - قادم من دولة موبوءة، حدد اسم الدولة \_\_\_\_\_
  - المخالطة مع مشتبهاة/ مؤكدة كحالة إيبلولا او ماربيرغ وغيرها، حدد اسم الحمى النزفية \_\_\_\_\_
- من يقوم بتزويد هذه المعلومات؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - المريض (الحالة المشتبهاة). (ملاحظة: يتم تعبئة اسم ورقم تواصل المريض في بند البيانات الشخصية)
  - أخرى، حدد اسم مزود المعلومات \_\_\_\_\_، صلة قرابته مع المريض \_\_\_\_\_، رقم التواصل \_\_\_\_\_
    - حدد سبب عدم قدرة الحالة بتزويد المعلومات:
      - الحالة معزولة بغرفة عزل
      - الحالة مريضة جدا على القيام بلقاء مع فريق التقصي الوبائي
      - الحالة بالعناية المركزة
      - الحالة متوفية
      - أخرى، حدد السبب \_\_\_\_\_
- في هذه اللحظة التي يتم فيها تعبئة الاستمارة، هل الحالة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الحالة تأكدت مخبرياً
  - الحالة حالة متحملة
  - الحالة قيد الاستقصاء والفحص
  - ليست حالة
  - تاريخ ظهور الأعراض: \_\_\_\_\_
  - ملاحظات: \_\_\_\_\_

## تاريخ التعرض للمرضى:

هل يوجد أي نوع من الاتصال مع حالة ماريبرغ أو إيبولا أي حمى نزيفيه أخرى: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد		في حال الإجابة بنعم: <input type="checkbox"/> تاريخ أول اتصال بالمرضى / / <input type="checkbox"/> تاريخ آخر اتصال بالمرضى / /	
هل كنت في محيط المريض بما يقارب 3 أقدام أو في محيط غرفته أو في محيط منطقة الرعاية بشكل مستمر أو لمدة طويلة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد		إذ نعم، ما نوع أغراض الحماية الشخصية التي استخدمتها (حدد جميع ما تم استخدامه): <input type="checkbox"/> القفازات <input type="checkbox"/> N95 أو غيره من أدوات الواقية للتنفس <input type="checkbox"/> قناع الوجه <input type="checkbox"/> واقي للعينين (نظارات واقية، واقي الوجه) <input type="checkbox"/> غيرها أذكر .....	
في حال ارتداء أدوات الوقاية الشخصية: <input type="checkbox"/> نعم، الاسم:..... <input type="checkbox"/> نعم، الاسم:..... <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> غير متأكد		هناك شاهد على ارتداء/خلع أدوات الحماية الشخصية: هناك شاهد من عناية المرضى: تاريخ اخر تعرض: / /	
هل كان لديك أي اتصال عرضي مع المريض (بمعنى تفاعل قصير، مثل المشي بجانبه / معها أو التواجد في نفس الغرفة لفترة قصيرة جداً من الوقت) لم تلمسه / معها بشكل مباشر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد تاريخ آخر اتصال / /			
هل لديك أي اتصال مباشر مع المريض مثل مصافحة اليد (حتى لو تمت مع وجود أغراض الحماية الشخصية): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد			
إذا تمت الإجابة بنعم، ما نوع أغراض الحماية الشخصية التي استخدمتها (حدد جميع ما تم استخدامه): <input type="checkbox"/> القفازات <input type="checkbox"/> N95 أو غيره من أدوات الواقية للتنفس <input type="checkbox"/> قناع الوجه <input type="checkbox"/> واقي للعينين (نظارات واقية، واقي الوجه) <input type="checkbox"/> غيرها أذكر .....		<input type="checkbox"/> معطف غير منفذ <input type="checkbox"/> بدلة حماية الجسم <input type="checkbox"/> لاشي	
هناك شاهد على ارتداء/خلع أدوات الحماية الشخصية: هناك شاهد من عناية المرضى:			
هل كان لديك اتصال مباشر مع دم أو سوائل جسم المريض في حين مريضه: إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع سوائل المريض التي تم الاتصال المباشر بها (حدد متعدد): <input type="checkbox"/> الدم <input type="checkbox"/> الدموع <input type="checkbox"/> البول <input type="checkbox"/> اللعاب <input type="checkbox"/> القيء <input type="checkbox"/> البراز <input type="checkbox"/> الإفرازات التنفسية <input type="checkbox"/> السوائل المهبلية/المنوي <input type="checkbox"/> العرق <input type="checkbox"/> أخرى:.....		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> غير متأكد	

### تاريخ التعرض المرضي:

ما نوع أعراض الحماية الشخصية التي استخدمتها (حدد جميع ما تم استخدامه):	هناك شاهد على ارتداء/خلع أدوات الحماية الشخصية:
<input type="checkbox"/> القفازات	هناك شاهد من عناية المرضى:
<input type="checkbox"/> N95 أو غيره من أدوات الوقاية للتنفس	
<input type="checkbox"/> قناع الوجه	
<input type="checkbox"/> واقي للعينين (نظارات واقية، واقي الوجه)	
<input type="checkbox"/> معطف غير منفذ	
<input type="checkbox"/> بدلة حماية الجسم	
<input type="checkbox"/> لا شيء	
<input type="checkbox"/> غيرها أذكر.....	

### إجراءات المتابعة:

<input type="checkbox"/> لا يوجد حاجة للمتابعة، يوصى بالعناية والمراقبة الشخصية	
<input type="checkbox"/> يوصى بمراقبة ورصد الحمى	
تاريخ آخر تعرض: / /	رقم التواصل:
تاريخ آخر يوم للمتابعة: / /	
اسم الشخص المسؤول عن متابعة الحمى:	
<input type="checkbox"/> يعاني المريض من حمى أو صداع شديد، والام في العضلات، واسهال، وقيء، والام في البطن، و نزيف غير مبرر(نزيف أو كدمات) منذ الإتصال بالحالة المصابة.	
درجة حرارة المريض..... درجة مئوية	الاعراض:
تاريخ ظهور الحرارة / /	مكان تقييم حمى المريض:

## استمارة متابعة المخالطين من المجتمع (C)

تستخدم بعد حصر المخالطين باستمارة (A)



### بيانات المستقفي

اسم المحاور القائم بالمقابلة:	تاريخ المقابلة:	يوم المقابلة:	المدينة:
مسمى الوظيفة:	رقم التواصل:	الإدارة:	
الإيميل:			

### بيانات الشخصية للمخالط:

اسم المخالط:	رقم التواصل:	العمر:	تاريخ الميلاد: / /
الجنس:	الجنسية:	المهنة:	مقر العمل:
العنوان الحالي (الدولة):	المدينة/ الحي:	إذا أنثى، هل هي حامل؟	نعم لا
اللغة:	الإحداثيات:	العنوان السابق ان وجد (الدولة):	

- كيف تم اكتشاف الحالة المشبهة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الطوارئ/ المستشفى/ العيادات الخارجية/ المنشآت الصحية الأخرى
  - المطار
  - الميناء
  - نظام المراقبة الوبائية الفعالة عبر الصحة العامة
  - قادم من دولة موبوءة، حدد اسم الدولة \_\_\_\_\_
  - المخالطة مع مشتبهة/ مؤكدة كحالة إيبولا او مار بيرغ وغيرها، حدد اسم الحمى النزفية \_\_\_\_\_
- من يقوم بتزويد هذه المعلومات؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - المريض (الحالة المشتبهة). (ملاحظة: يتم تعبئة اسم ورقم تواصل المريض في بند البيانات الشخصية)
  - أخرى، حدد اسم مزود المعلومات \_\_\_\_\_، صلة قرابته مع المريض \_\_\_\_\_، رقم التواصل \_\_\_\_\_
    - حدد سبب عدم قدرة الحالة بتزويد المعلومات:
      - الحالة معزولة بغرفة عزل
      - الحالة مريضة جدا على القيام بلقاء مع فريق التقصي الوبائي
      - الحالة بالعتاية المركزة
      - الحالة متوفية
      - أخرى، حدد السبب \_\_\_\_\_
- في هذه اللحظة التي يتم فيها تعبئة الاستمارة، هل الحالة؟ (ضع علامة صح أمام الخيار)
  - الحالة تأكدت مخبرياً
  - الحالة حالة متحتملة
  - الحالة قيد الاستقصاء والفحص
  - ليست حالة
  - تاريخ ظهور الأعراض: \_\_\_\_\_
  - ملاحظات: \_\_\_\_\_



استمارة متابعة المخالطين من المجتمع (C)

تستخدم بعد حصر المخالطين باستمارة (A)



تاريخ التعرض للمرضي:

<p>علاقة المخالط بالمرضى:</p> <p><input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> زميل بالصف <input type="checkbox"/> قام بزيارة المرفق الصحي/ منطقة الرعاية الخاصة بمرضى الماربيرغ أو الايبولا</p>		<p><input type="checkbox"/> فرد بالحي/بالمجتمع المحيط <input type="checkbox"/> فرد من العائلة <input type="checkbox"/> أخرى: .....</p>		<p><input type="checkbox"/> صديق/معرفة <input type="checkbox"/> زميل عمل</p>	
<p>هل تعيش بنفس منزل المريض:</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p>		<p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل وجد اتصال مباشر بالمريض حين مرضه:</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p>		<p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>إذا تمت الإجابة بنعم، تاريخ اول التعرض: / /</p>		<p>تاريخ آخر تعرض: / /</p>		<p>صف أدوات الحماية المستخدمة ان وجد:</p>	
<p>هل يوجد مشاركة في أي من النشاطات التالية:</p>					
<p>النشاط</p>		<p>نعم</p>		<p>لا</p>	
<p>ممارس صحي (غسل ملابس، تغذية..)</p>					
<p>مشاركة وجبات الطعام</p>					
<p>مشاركة نفس غرف أو الحمام</p>					
<p>هل تمت مشاركة وسيلة المواصلات مع المريض: (سيارة، حافلة، طائرة، سيارة أجرة)</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p>		<p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>إذا كانت الإجابة بنعم، وسيلة النقل:</p>		<p>تاريخ الرحلة / /</p>		<p>اسم خطوط /رقم الرحلة:</p>	
<p>هل كان لديك أي اتصال مع الدم أو سوائل الجسم من المريض أثناء مرضه (بما في ذلك الأشياء أو الأسطح الملوثة مثل النزيف أو الملابس)؟</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p>		<p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل كان لديك اتصال مباشر مع دم أو سوائل جسم المريض في حين مريضه:</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع سوائل المريض التي تم الاتصال المباشر بها (حدد متعدد):</p> <p><input type="checkbox"/> الدم <input type="checkbox"/> الدموع <input type="checkbox"/> البول <input type="checkbox"/> اللعاب <input type="checkbox"/> القيء</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> البراز <input type="checkbox"/> الافرازات التنفسية <input type="checkbox"/> السوائل المهبليّة/المنوي <input type="checkbox"/> العرق <input type="checkbox"/> أخرى: .....</p>		<p>تاريخ اخر اتصال: / /</p>	
<p>هل لديك أي اتصال مباشر مع المريض مثل مصافحة اليد (حتى لو تمت مع وجود أغراض الحماية الشخصية):</p> <p>تاريخ آخر اتصال: / /</p>		<p><input type="checkbox"/> نعم</p>		<p><input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل كان لديك أي اتصال عرضي مع المريض (بمعنى تفاعل قصير، مثل المشي بجانبه / معها أو التواجد في نفس الغرفة لفترة قصيرة جدًا من الوقت) لم تلمسه / معها بشكل مباشر</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>تاريخ آخر اتصال / /</p>		<p>هل كنت في محيط المريض بما يقارب 3 Feet أو في محيط غرفته أو في محيط منطقة الرعاية بشكل مستمر أو لمدة طويلة؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد</p> <p>تاريخ آخر اتصال / /</p>		<p><input type="checkbox"/></p>	

## استمارة متابعة المخالطين من المجتمع (C)

تستخدم بعد حصر المخالطين باستمارة (A)



### إجراءات المتابعة:

- لا يوجد حاجة للمتابعة، يوصى بالعناية والمراقبة الشخصية  
 يوصى بمراقبة ورصد الحمى

تاريخ آخر تعرض: / /

تاريخ آخر يوم للمتابعة: / /

رقم التواصل:

اسم الشخص المسؤول عن متابعة الحمى:

- يعاني المريض من حمى أو صداع شديد، والام في العضلات، واسهال، وقيء، والام في البطن، و نزيف غير مبرر (نزيف أو كدمات) منذ الإتصال بالحالة المصابة.

الاعراض:

درجة حرارة المريض..... درجة مئوية

مكان تقييم حمى المريض:

تاريخ ظهور الحرارة / /

## استمارة المتابعة اليومية للمخاط (D)

تستخدم بعد تعبئة نموذج B أو C لتقصي المخاط



### استمارة أعراض وعلامات المتابعة اليومية للمخاط:

1 Day after last exposure	2 Day after last exposure	3 Day after last exposure	4 Day after last exposure	5 Day after last exposure
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض
<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____
<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول
<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع
<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات
<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم
<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان
<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر
<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى
6 Day after last exposure	7 Day after last exposure	8 Day after last exposure	9 Day after last exposure	10 Day after last exposure
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض
<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____
<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول
<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع
<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات
<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم
<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان
<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر
<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى

## استمارة المتابعة اليومية للمخاط (D)

تستخدم بعد تعبئة نموذج B أو C لتقصي المخاط



### استمارة أعراض وعلامات المتابعة اليومية للمخاط:

11 Day after last exposure	12 Day after last exposure	13 Day after last exposure	14 Day after last exposure	15 Day after last exposure
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض
<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____
<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول
<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع
<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات
<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم
<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان
<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر
<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى
16 Day after last exposure	17 Day after last exposure	18 Day after last exposure	19 Day after last exposure	20 Day after last exposure
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض	<input type="checkbox"/> No symptoms لا يوجد أعراض
<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____	<input type="checkbox"/> Fever____ C سخونة بدرجة حرارة ____
<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول	<input type="checkbox"/> Weakness/fatigue ضعف/ خمول
<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Headache صداع
<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات	<input type="checkbox"/> Muscles pain الالام بالعضلات
<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم	<input type="checkbox"/> Diarrhea ____ times/day اسهال..... عدد المرات/اليوم
<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان	<input type="checkbox"/> Vomiting/nausea استفراغ/غثيان
<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر	<input type="checkbox"/> Unexplained bleeding نزيف غير مبرر
<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى	<input type="checkbox"/> Others____ أخرى

## استمارة المتابعة اليومية للمخالط (D)

تستخدم بعد تعبئة نموذج B أو C لتقصي المخالط



### استمارة أعراض وعلامات المتابعة اليومية للمخالط:

21 Day after last exposure

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- No symptoms  
لا يوجد أعراض
- Fever \_\_\_\_ C  
سخونة بدرجة حرارة \_\_\_\_
- Weakness/fatigue  
ضعف/ خمول
- Headache  
صداع
- Muscles pain  
الالام بالعضلات
- Diarrhea \_\_\_\_ times/day  
اسهال..... عدد المرات/اليوم
- Vomiting/nausea  
استفراغ/ غثيان
- Unexplained bleeding  
نزيف غير مبرر
- Others \_\_\_\_\_  
أخرى